



## Møteinnkalling

---

**Utvalg:** Nordreisa helse- og omsorgsutvalg  
**Møtested:** Digitalt, Teams  
**Dato:** 09.07.2020  
**Tidspunkt:** 09:00

---

## Saksliste

<b>Utv.saksnr</b>	<b>Sakstittel</b>	<b>U.Off</b>	<b>Arkivsaksnr</b>
PS 28/20	Referatsaker		
RS 95/20	Beredskapsplan for smitteverntiltak ved økt smittespredning under covid-19-pandemien		2020/404
PS 29/20	Beredskapskompensasjon koronapandemien		2020/404

**PS 28/20 Referatsaker**

# **Beredskapsplan for smitteverntiltak ved økt smittespredning under covid-19-pandemien**

10. juni 2020

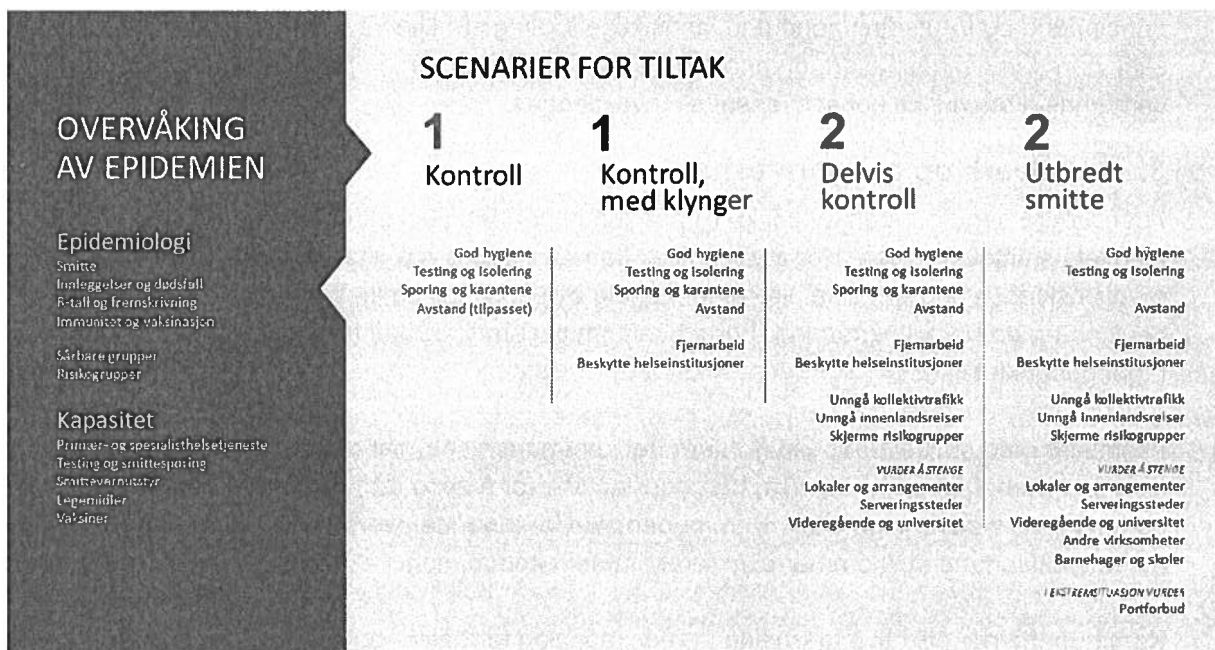
## 1. Innledning

Denne beredskapsplanen må leses i lys av regjeringens overordnede langsiktige strategi og plan for håndteringen av covid-19-pandemien og justering av tiltak av 7. mai 2020 (se punkt 2). Regjeringens mål er å holde smittespredningen under kontroll. Det innebærer å holde sykdomsbyrden lav og sørge for at antall pasienter er håndterbart i helse- og omsorgstjenesten. Samtidig må vi være forberedt på å slå ned lokal eller nasjonal oppblussing av smitte.

Beredskapsplanen tar utgangspunkt i gjeldende regelverk og rammene i Nasjonal helseberedskapsplan. Planen er en egen plan sykdomsspesifikk plan under Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer. For få gjennomføre planen og sette i verk smitteverntiltak må risikovurderinger, scenarioer, prinsipper og forutsetninger for justering av smitteverntiltak som omtales i regjeringens langsiktige strategi, legges til grunn.

Covid-19-pandemien kan bli langvarig, og det er nødvendig med en klar plan dersom smittespredningen øker. Videre håndtering av covid-19-pandemien avhenger av hvordan smittesituasjonen utvikler seg. Erfaringen viser at bølger med smitte kan slås ned. Beredskapsplanen skal være et verktøy og gi grunnlag for raske beslutninger og riktig respons dersom smittesituasjonen gjør det nødvendig å på nytt innføre tiltak for å hindre smittespredning. Hvordan smitteverntiltakene faktisk iverksettes og i hvilket omfang må vurderes konkret ut fra den aktuelle smittesituasjonen og oppdatert kunnskap. Målet er å være forberedt på å iverksette tilstrekkelige smitteverntiltak, men også å unngå tiltak der kostnadene er store og smitteverneffekten liten. Det må tilrettelegges for å oppdage lokale utbrudd og større trender så tidlig som mulig. Effekter og kostnader av ulike smitteverntiltak må i så stor grad som mulig være kjent slik at vi er forberedt på å iverksette smitteverntiltak ved behov lokalt, regionalt og nasjonalt.

Som det omtales i punkt 2 skisserer regjeringens langsiktige strategi tre mulige scenarioer vi må være forberedt på å håndtere. Beredskapsplanen skal tilrettelegge for effektivt å ta i bruk ulike smitteverntiltak ved de ulike scenarioene, og planen beskriver ansvarsforhold og beslutning om iverksetting av tiltak i punkt 3 og 4. For å iverksette riktige tiltak på rett tid er det viktig med kunnskap om utviklingen av covid-19-pandemien og ansvar for overvåking omtales i punkt 5. Smitteverntiltakene kan iverksettes enkeltvis eller i kombinasjon, og ulike smittesituasjoner kan tilsi ulik gradering av tiltak og lokalt avgrenset iverksettelse. Smittesituasjonen innad i de ulike scenariene kan variere, og dermed kan den mest hensiktsmessige iverksettelsen av smitteverntiltak variere. Figuren nedenfor skisserer noen av nyansene som kan være innad i de ulike scenariene og gir en oversikt over mulige kombinasjoner av tiltak som kan iverksettes. Punkt 6 gir en mer omfattende oversikt over aktuelle nasjonale eller lokale smitteverntiltak som kan iverksettes basert på den nasjonale smittesituasjonen. Ved vurderingen av og beslutning om iverksetting av tiltak må det også tas hensyn til den internasjonale smittesituasjonen.



## 2. Regjeringens langsiktige strategi og plan for håndteringen av covid-19-pandemien og justering av tiltak

I den langsiktige strategien skisseres det tre mulige scenarier vi må være forberedt på å håndtere. Ved *scenario 1* har vi kontroll på smittespredningen, og forekomsten i samfunnet er slik at vi kan tilby gode helse- og omsorgstjenester til alle som trenger det, selv om det vil være både lokale og nasjonale bølger av smitteforekomsten. Inngripende tiltak trappes ned og vi fanger opp behovet for nye tiltak dersom smitteforekomsten blir høy. Ved *scenario 2* skjer det en kraftig økning i antall syke, slik at vi ikke klarer å tilby gode helse- og omsorgstjenester til alle som trenger det, og det kan bli nødvendig å innføre inngripende tiltak. Dersom *scenario 3* oppstår må vi være forberedt på å tilpasse strategien til et scenario der internasjonalt samarbeid svekkes, og det blir vanskeligere å gjenoppta internasjonale reiser og ved behov yte assistanse til norske borgere ved behov. Markedene forstyrres fordi land innfører restriksjoner på handel, produsenter pålegges leveranse til bestemte mottakere eller å produsere bestemte produkter.

I håndteringen av covid-19-pandemien har det vært iverksatt seks typer tiltak: 1) Hygienetiltak som hyppig håndvask og renhold, 2) Tidlig oppdaging og isolering av smittede, 3) Oppsporing og karantene av nærkontakter av smittende, 4) Færre reisende fra områder med epidemisk spredning som reiseforbud eller reiseforbud, samt innreisekarantene, 5) Redusert kontakthypighet i befolkningen, blant annet gjennom råd og avstand og strengere tiltak som stenging av virksomheter, arrangementer mv., og 6) Inngripende beskyttelsestiltak for beboere i heldøgnspleie- og omsorgsinstitusjoner, pasienter på sykehus og andre i høyrisikogruppen.

Den langsiktige strategien viser til at det må gjennomføres helsemessige risikovurderinger dersom tiltak kan justeres. Risikovurderinger må ligge til grunn for beslutningene om hvor, når, hvilke og hvordan tiltak bør iverksettes. Justering av tiltak må også vurderes ut fra de

prinsippene og forutsetningene den langsiktige strategien. Det vil si at smitteverntiltakene skal være kunnskapsbasert, gjennomføres helhetlig, sammen, kontrollert og over tid og at samfunnsøkonomiske konsekvenser skal vektlegges.

### **3. Regelverk og ansvarsforhold**

I den videre håndteringen av covid-19-pandemien er det mest aktuelt med smitteverntiltak hjemlet i smittevernloven. For at slike tiltak kan iverksettes må tiltaket ha en klar medisinskfaglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet, og det må være tjenlig etter en helhetsvurdering. For ethvert smitteverntiltak skal frivillighet være utgangspunktet.

I samsvar med smittevernloven § 7-1 er det kommunen som har ansvar for det helhetlige smittevernarbeidet på lokalt nivå, herunder ansvar for å sikre nødvendige forebyggende tiltak og iverksette nødvendige tiltak. Kommunen skal ha løpende oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen.

Kommunene har plikt til å utarbeide beredskapsplan for helse- og omsorgstjenestene de skal sørge for tilbud om, eller er ansvarlige for, jf. lov om helsemessig og sosial beredskap § 2-2. Kommunene skal også utarbeide beredskapsplan for arbeidet med å beskytte befolkningens helse, jf. folkehelseloven kapittel 3. Tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført, skal være et eget område i planen for kommunens helse- og omsorgstjeneste. Disse planene må ta høyde for hvordan kommunen selv kan håndtere lokale utbrudd på en forsvarlig måte, eventuelt i samarbeid med andre kommuner og helseforetak.

Fylkesmannen skal etter smittevernloven § 7-4 ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittevernet i fylket. Blant annet skal fylkesmannen ha oversikt over og kunnskap om kommunale planer om smittevern og yte bistand og gi veiledning om planverk både i og utenfor helseinstitusjoner. Fylkesmannens samordningsansvar innebærer å legge til rette for at ansvarlige regionale aktører (offentlige og private virksomheter) har tilstrekkelig oversikt og informasjon, og at disse aktørene samarbeider for å understøtte håndteringen lokalt. Fylkesmannen kan etter helsetilsynsloven føre tilsyn med kommunens smittevernarbeid, herunder om de kommunale smittevernplanene sannsynliggjør en forsvarlig håndtering av lokale utbrudd. Fylkesmannen er også klageinstans for kommunale vedtak etter smittevernloven. Fylkesmannen skal holde Statens helsetilsyn orientert om forholdene i fylket. Statens helsetilsyn har overordnet tilsyn med at den kommunale, fylkeskommunale og statlige virksomheten er i samsvar med loven og med forskrift eller enkeltvedtak med hjemmel i loven.

De regionale helseforetakene og sykehus har etter helseberedskapsloven § 2-2 plikt til å utarbeide beredskapsplan for helsetjenestene de skal sørge for tilbud om, eller er ansvarlige for. De regionale helseforetakene har etter smittevernloven § 7-3 ansvar for sørge for at befolkningen i helseregionen er sikret nødvendige spesialisthelsetjenester når det gjelder smittsomme sykdommer. De regionale helseforetakene er også pålagt å ha smittevernplaner for tiltak og tjenester, og gi tilbud om nødvendig smittevern bistand til kommunale institusjoner. De regionale helseforetakene skal videre ha et kompetansesenter i smittevern i

helsetjenesten. Senteret skal fungere som kompetansesenter for helseregionen og skal samordne smittevernarbeidet og gi smittevernrådgivning og hjelp til oppklaring av utbrudd i det regionale helseforetakets helseinstitusjoner i samarbeid med Folkehelseinstituttet. Regionale helseforetak og kommuner er pålagt gjensidig samarbeid og veiledning etter spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven.

Folkehelseinstituttet skal, som statens smitteverninstitutt og kunnskapsprodusent (smittevernloven §7-9), overvåke den epidemiologiske situasjonen og gi faglig bistand, råd, veiledning og informasjon om smittsomme sykdommer, smittevern og valg av smitteverntiltak til hele helsetjenesten og samfunnet.

Helsedirektoratet er myndighetsorgan og skal basert på sin myndighetsrolle etter smittevernloven § 7-10 blant annet gjennom råd, veiledning, opplysning og vedtak etter smittevernloven medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak blir dekket i forbindelse med smittsomme sykdommer.

Under kriser og pandemier delegerer Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet å lede den nasjonale håndteringen av krisen. Men regjeringen kan fremdeles fatte vedtak etter råd fra Helsedirektoratet. Etater under Helse- og omsorgsdepartementet er underlagt Helsedirektoratet i håndtering av krisen. Helsedirektoratet koordinerer arbeidet ovenfor de regionale helseforetakene. Fylkesmennene koordinerer Helsedirektoratet arbeidet overfor kommunene.

Smittevernloven gir adgang til at det kan fattes vedtak om tiltak på lokalt eller nasjonalt nivå. Gjennom covid-19-forskriften reguleres en rekke tiltak nasjonalt, og kommunene kan ikke gjøre unntak fra disse forskriftsbestemmelsene. Dette samsvarer med målet om kontroll over smitten og at det skal gjennomføres justeringer og iverksetting av tiltak helhetlig og sammen, kontrollert og over tid. Det henger også sammen med på hvilket nivå beslutninger om tiltak skal fattes, se punkt 4.

Sektoransvaret innebærer at alle sektorer tar sin del av ansvaret for implementering av tiltak. Den enkelte sektor må følge anbefalinger og bør innrette seg slik at både privat og offentlig virksomhet kan få i gang mest mulig normal aktivitet innenfor rammene av de generelle smittevernrådene.

#### **4. Beslutning om og iverksetting av tiltak**

Flere av smitteverntiltakene som har vært iverksatt er regulert i covid-19-forskriften og annet nasjonalt regelverk. Strategien legger til grunn at covid-19-pandemien skal håndteres på en helhetlig måte, og at det skal gjøres sammen, kontrollert og over tid. Samtidig kan det ved lokale smitteutbrudd likevel være behov for ytterligere smitteverntiltak, og det kan bli behov for mer inngripende tiltak enn det som følger av det nasjonale regelverket. Når nasjonale tiltak lettes på vil behovet for lokale tiltak kunne øke. Målrettede lokale tiltak vil i større grad enn ved nasjonale tiltak kunne bidra til at virksomheter kan opprettholde sin aktivitet, og samtidig ivareta smittevernet. Dersom det er behov for det, vil det utarbeides retningslinjer for å konkretisere i hvilke situasjoner det vil være aktuelt for kommunene å ta i bruk tiltak. Det



kan også være aktuelt å utarbeide nasjonal veiledning om hvilke vurderinger som er nødvendige etter smittevernloven for å sikre en helhetlig respons på smittesituasjonen.

Dersom smittespredningen kommer ut av kontroll og det er behov for å iverksette tiltak, må det raskt kunne fattes nødvendige beslutninger. Det må også gjøres på riktig nivå. Det er derfor nødvendig med en klar ansvars plassering slik at vi for eksempel raskt ser hvilke tiltak som bør være de første som innføres på lokalt nivå før en utvikling i smittesituasjonen blir en nasjonal utfordring.

Vurderingen av hvilke smitteverntiltak som kan iverksettes når, skal legge til grunn de risikovurderinger, prinsipper og forutsetninger som fremgår av den langsiktige strategien. Beslutninger om iverksetting av smitteverntiltak kan gjøres gjennom bruk av en trafikklysmo d e l l , der man blant annet vurderer faktorer som smittesituasjonen og kapasitet i helsetjenesten på et grønt, gult eller rødt nivå og iverksetter smitteverntiltak deretter. Slike modeller kan også opprettes lokalt og baseres på lokale indikatorer, men også gjenspeile scenariene beskrevet i regjeringens strategi.

Håndteringen av covid-19-pandemien bør, så langt det er hensiktsmessig, ta utgangspunkt i den etablerte ansvarsfordelingen og det ordinære regelverket. Dette er i tråd med de alminnelige beredskapsprinsippene om ansvar, nærhet, likhet og samvirke. Dersom det oppstår en lokal smittesituasjon som kun har konsekvenser i én kommune, er det kommunen som, etter smittevernloven, treffer vedtak og iverksetter smitteverntiltak. Hver enkelt kommune har ansvar for at vedtakene er forankret i den nasjonale håndteringen og den langsiktige strategien.

Dersom lokal smitte rammer flere kommuner i en bo- og arbeidsmarkedsregion, anbefales det at kommunene i bo- og arbeidsmarkedsregionen samordner beredskapsplaner for å sikre at smitteverntiltakene utgjør en samlet respons. Det kan gjerne være naturlig at forberedelsen av slike tiltak forankres i helsefelleskapene. Ved særlig inngripende tiltak skal tiltakene koordineres nasjonalt.

Det kan også oppstå en situasjon der smitteverntiltakene vil treffe flere regioner med like utfordringer. Det er ikke de nasjonale myndighetene som treffer vedtakene, men det vil være naturlig at de nasjonale helsemyndighetene forsikrer seg om at håndteringen er koordinert. Helsedirektoratet eller Helse- og omsorgsdepartementet kan utarbeide retningslinjer eller forskrifter for samordnede smitteverntiltak i berørte områder, for eksempel for kommunene i en bo- og arbeidsmarkedsregion, dersom det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern. Retningslinjer eller forskrift kan gis om smitteverntiltak som bør eller ikke bør iverksettes.

For å sikre en helhetlig nasjonal håndtering av covid-19-pandemien har det til nå vært vurdert som nødvendig at Helsedirektoratets fullmakter etter smittevernloven har vært overført til Helse- og omsorgsdepartementet. Dersom vi på nytt får en smitteoppblussing som rammer hele landet, vil det igjen være Helsedirektoratet eller regjeringen etter råd fra Helsedirektoratet, som treffer beslutningene om smitteverntiltak.

Beslutninger om iverksetting av smitteverntiltak må også ta høyde for at den nasjonale håndteringen av smittesituasjonen henger sammen med hvordan smittesituasjonen utvikler seg i tilgrensende land og i verden for øvrig. Dette kan også påvirke hvilke smitteverntiltak det er nødvendig å iverksette nasjonalt. Ulike former for bilateralt, og internasjonal samarbeid og koordinering kan være nødvendig for å håndtere pandemien.

## **5. Nærmere om ansvar for overvåking av smittesituasjonen**

Det er viktig med gode overvåkingssystemer for å kunne følge utviklingen av covid-19-pandemien tett og iverksette smitteverntiltak der det er behov. Det gjelder både ved lokale utbrudd og generelt ved økende lokal eller nasjonal spredning.

I tråd med smittevernloven er ansvaret fordelt på ulike nivåer. Kommunenes ansvar forutsetter oversikt over den lokale smittesituasjonen, fylkesmannen skal ha oversikt over kommunenes smittevernplaner og smittevernkapasitet, Folkehelseinstituttet skal overvåke den nasjonale smittesituasjonen og delta i overvåkingen av den internasjonale smittesituasjonen, og Helsedirektoratet skal overvåke kapasiteten i helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet har også ansvar for koordinering og å følge med på aktivitet, kapasitet og tilgang på utstyr/legemidler i helsetjenesten, og å vurdere disse faktorene opp mot smittesituasjonen. Det er viktig at de ulike aktørene samarbeider for å sikre god overvåking og kontroll i samvirkeprinsippet.

Etter smittevernloven og forskrift om Meldesystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskriften) skal tilfeller av eller mistanke om smittsom sykdom varsles fra kommunelegen til Folkehelseinstituttet for å gi et nasjonalt bilde av smittesituasjonen. Folkehelseinstituttet skal veilede kommunen og varsle videre til Helsedirektoratet, slik at det kan dannes et bilde av den nasjonale situasjonen, og slik at smitteverntiltak kan samordnes, eventuelt med pålegg fra Helsedirektoratet. Eventuelle kapasitetsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten skal varsles til Helsedirektoratet. Slik varsling bidrar både til oversikt og tilrettelegger for samarbeid mellom de ulike nivåene.

Etterforskning av utbrudd og smitteoppsporing gjennomføres av kommunene ved lokale utbrudd i én eller en klynge av kommuner, eventuelt med veiledning fra Folkehelseinstituttet, mens utbrudd i større regioner eller nasjonalt vil Folkehelseinstituttet gi råd for å samordne smitteverntiltak. Folkehelseinstituttet vil lage en håndbok for kommunelegene for covid-19-pandemien. Helsedirektoratet veileder helse- og omsorgstjenesten om kapasitetsbygging i helse- og omsorgstjenesten for dette formålet. I smitteoppsporingsarbeidet vil også appen Smittestopp være et nyttig verktøy.

## **6. Oversikt over aktuelle smitteverntiltak**

Det må kontinuerlig arbeides for å sikre et godt smittevernarbeid på alle nivåer, uavhengig av hvilket scenario det forberedes for. Myndighetene skal fortsette arbeidet med å styrke systemene for overvåking og smitteoppsporing og sikre effektiv informasjonsdeling mellom nasjonale og lokale myndigheter og helse- og omsorgstjenester. Arbeidet med å bygge kapasitet for testing og smitteoppsporing nasjonalt og i alle kommuner pågår løpende. Forberedelser til en ny smittebølge skal inkludere tilgang til smittevernutstyr, legemidler og testutstyr.

Kommunelegene og den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil ha en viktig rolle i håndteringen av covid-19-pandemien også i tiden som kommer. Kommunens øvrige ledelse må også ta ansvar og bidra til at håndteringen utgjør en helhetlig respons. Den lokale håndteringen må understøttes med bedre oversikt over kapasitet lokalt og med ressurser, verktøy og veiledninger.

Smitteverntiltak må ha oppslutning i befolkningen for å være effektive. Kommunikasjon overfor befolkning og næringsliv er derfor et svært viktig virkemiddel for å redusere smittespredning og redusere skadelige samfunnsmessige og økonomiske konsekvenser. God kunnskap om befolkningens oppslutning om smitteverntiltak er viktig for å sikre at tiltakene er vellykket implementert og fungerer. Slik kunnskap kan brukes til å målrette kommunikasjon om skjerpet etterlevelse av grunnleggende smitteverntiltak, før beslutninger om nye tiltak og regelverksendringer gjennomføres. God kommunikasjon kan også gjøre det lettere for befolkningen, virksomheter mv. å forberede seg på nye smitteverntiltak som skal iverksettes og hvordan de i en slik situasjon kan opprettholde sin aktivitet best mulig.

Denne beredskapsplanen skal være et verktøy for å kunne ta raske beslutninger og gi riktig respons dersom smittesituasjonen utvikler seg slik at det må gjennomføres smitteverntiltak eller iverksettes strengere smitteverntiltak enn tidligere. I slike situasjoner bør smitteverntiltak iverksettes for de berørte områdene der det er nødvendig, basert på en medisinskfaglig begrunnelse og være tjenlig etter en helhetsvurdering. Den medisinskfaglige begrunnelsen skal være i samsvar med regjeringens strategi. I tråd med regjeringens strategi skal smitteverntiltak være kunnskapsbaserte. Det innebærer at erfaringer fra tidligere iverksatte tiltak og deres effekt og konsekvenser av disse må tas med i vurderingen av når det er nødvendig å iverksette tiltak.

Tabellen nedenfor gir en oversikt over smitteverntiltak som kan iverksettes nasjonalt, regionalt eller lokalt ved økt smittespredning. De aktuelle smitteverntiltakene er kategorisert etter de seks tiltakstypene. Tabellen oppgir flere av smitteverntiltakene kun i sin mest omfattende form. Noen av smitteverntiltakene kan vurderes implementert i mer graderte former i henhold til smittesituasjonen. Det kan for eksempel være tilpasning av tiltak for særlig ivaretagelse av risikogrupper. Hvilket av scenarioene pandemien befinner seg i, vil ha betydning for hvilke smitteverntiltak som bør vurderes. Ved bedring av situasjonen kan det vurderes lettelse av tiltakene i tråd med den langsiktige strategien.

Beredskapsplanen og tabellen skal danne grunnlag for departementenes videre arbeid med å forberede håndtering av smitteverntiltak. I dette arbeidet må de ulike sektormyndighetene forberede seg på hvordan de skal håndtere konsekvensene av iverksetting av tiltak, herunder vurdere og forberede nødvendige beredskapsplaner, regelverksendringer og kompensierende tiltak. Det vil bli vurdert hvordan tiltak kan graderes i ulike smittesituasjoner eller justeres for å redusere tiltaksbyrden. Det vil være hensiktsmessig om offentlige virksomheter utarbeider konkrete beredskapsplaner for hvordan virksomheten kan drives mest mulig effektivt i en situasjon der smitteverntiltak iverksettes, og at ansvarlig sektormyndighet tar initiativ for at private virksomheter utarbeider eller har tilgang til tilsvarende beredskapsplaner.

Tabell med aktuelle smitteverntiltak og tiltaksbyrde ved ulike scenarioer

Tiltak	Vurderes iverksatt når	Nivå	Hvordan iverksette	Antatt smitteverneffekt	Tiltaksbyrde
<b>Tiltaksgruppe 1: Hygienetiltak som hyppig håndvask og renhold</b>					
1a Hygienetiltak (håndhygiene, hostehygiene, selvisolering ved sykdom)	Scenario 1-3 (grunnleggende smitteverntiltak)	Overalt	Anbefaling	Moderat/stor	Lav
1b Bruk av munnbind der avstand 1 m ikke er mulig	Scenario 2	Overalt eller berørte områder	Anbefaling	Ukjent	Lav/moderat
<b>Tiltaksgruppe 2: Tidlig oppdaging og isolering av smittede</b>					
2a Oppdage og isolere smittede ved klinisk indisert testing	Scenario 1-3	Overalt	Anbefaling	Stor	Lav/moderat
2b Oppdage og isolere smittede uten symptomer etter faglige vurderinger	Scenario 1-3	Berørte områder	Anbefaling	Moderat/ Stor	Lav/moderat
2c Intensivere overvåking for å følge situasjonen	Scenario 1-3	Nasjonalt, bo og arbeidsregion eller kommune	Aktivere system for intensivert overvåking f.eks. ved regelmessige, hyppige prevalens-undersøkelser	Gir godt grunnlag for tett oppfølging av smittesituasjonen	Lav
<b>Tiltaksgruppe 3: Oppsporing og karantene av nærkontakter av smittede</b>					
3 Smitteoppsporing og karantene	Scenario 1-3 (grunnleggende smitteverntiltak)	Overalt	Smitte-oppsporing er lovregulert. Karantene i forskrift	Moderat	Moderat
<b>Tiltaksgruppe 4: Færre reiseende fra områder med smittespredning som reisefråringer eller -forbud, samt innreisekarantene</b>					
4a Innreiserestriksjoner og innreisekarantene til landet	Scenario 1-3 (fra epidemiske områder)	Overalt	Lov og forskrift	Moderat. Størst effekt når det er stor ulikhet i smittepress mellom land.	Stor til svært stor for individuell frihet, reiseliv mv.
4b Unngå unødvendige utenlandsreiser	Scenario 1-3	Nasjonalt/lokalt	Anbefaling	Basert på epidemiologisk situasjon samt helse- og sikkerhet i ankomstlandet	Stor til svært stor for individuell frihet, reiseliv mv.

Tiltak	Vurderes iverksatt når	Nivå	Hvordan iverksette	Antatt smitteverneffekt	Tiltaksbyrde
4c Unngå unødvendige innenlandsreis er	Scenario 2-3	Berørte områder	Anbefaling	Moderat Størst effekt når det er stor ulikhet i hvor områdene er i epidemien	Stor til svært stor for individuell frihet, reiseliv mv.
<b>Tiltaksgruppe 5: Redusert kontakthypighet i befolkningen, blant annet gjennom råd og avstand og strengere tiltak som stenging av virksomheter, arrangementer mv.</b>					
5a Holde avstand, minst 1m (med unntak for faste nære kontakter)	Scenario 1-3 (grunnleggende smitteverntiltak)	Overalt	Anbefaling	Moderat	Moderat til stor, konsekvenser for en-til-en bedrifter
5b Fjernarbeid, digitale møter	Scenario 1-3	Berørte områder	Anbefaling	Moderat	Moderat til stor
5c Stenge barnehager og grunnskoler	Scenario 2-3 (vurderes særskilt)	Berørte områder	Forskrift	Liten	Svært stor
5d Stenge videregående skoler, universiteter, høyskoler, fagskoler	Scenario 2-3 (vurderes særskilt)	Berørte områder	Forskrift	Moderat	Stor til svært stor
5e Stenge lokaler og arrangementer som samler mange	Scenario 2-3 (vurderes særskilt)	Berørte områder	Forskrift	Moderat	Stor
5f Unngå kollektivtrafikk	Scenario 2-3	Berørte områder	Anbefaling	Moderat	Stor
5g Stenge serveringssteder	Scenario 2-3 (vurderes særskilt)	Berørte områder	Forskrift	Moderat	Stor
5h Portforbud	Scenario 2-3 (i ekstremisituasjoner)	Berørte områder, nasjonalt	Forskrift	Stor	Svært stor
<b>Tiltaksgruppe 6: Inngripende beskyttelsestiltak for beboere i helseinstitusjoner og omsorg, pasienter på sykehus og andre i høyrisikogruppen</b>					
6a Beskyttelsestiltak for helseinstitusjoner	Scenario 1-3	Overalt	Anbefaling	Moderat	Variere med type tiltak
6b Råd om streng skjerming av personer i risikogrupe	Scenario 2-3	Berørte områder	Anbefaling	Moderat	Stor til svært stor for enkeltindivider dersom det fører til isolasjon



## 7. Oversikt over ansvar for oversikt og tiltaksvurderinger i smittevernarbeidet

Punkt 3 beskriver den ordinære reguleringen og ansvars plasseringen og punkt 4 omtaler beslutningene om tiltak. I tråd med dette gis det i punkt 7, en skjematisk oversikt over ansvar i smittevernarbeidet på lokalt og nasjonalt nivå.

Triinn	Beskrivelse	Ansvar i kommune	Ansvar i region, landsdel, land
1 Overvåking, rapportering og deling av nødvendig informasjon	Gjennom innsamling og analyse av en rekke data om atferd og sykdom er det mulig å følge trender og oppdage hendelser tidlig.  Gjennom rapportering fra kommuner, fylkesmenn, regionale helseforetak, Legemiddelverket og andre sektorer etableres et helhetlig situasjonsbilde som gir grunnlag for å vurdere den epidemiologiske utviklingen i sammenheng med kapasitetsvurderinger og vurdering av behov for tiltak.	Kommunen (§ 7-1)	FHI (§ 7-9)  Hdir (§ 7-10)
2 Varsling og samarbeid	Hendelser skal varsles til FHI slik at samarbeid kan starte mellom involverte kommuner og FHI.  FHI skal gi Helsedirektoratet faglige råd, og umiddelbart varsle Helsedirektoratet om alvorlige utbrudd.	Kommunen (§§ 2-3, 7-1)	FHI (§§ 2-3, 7-9)  Hdir (§ 7-10, MSIS-forskriften)
3 Etterforskning	Hendelser skal etterforskes for å beskrive detaljer og forstå årsaker.	Kommunelegen (§ 7-2)	FHI (§ 7-9)
4 Risikovurdering	Hendelser skal analyseres for å vurdere sannsynligheten for forverring og konsekvenser av dette.	Kommunen (§ 7-1)	FHI (§ 7-9) Hdir (§7-10)
5 Tiltaksvurdering	Det skal vurderes hvilke tiltak som bør iverksettes mot den vurderte trusselen, og hvilket nivå tiltak bør iverksettes på etter en helhetlig vurdering	Kommunen (§ 7-1)	FHI (§ 7-9) Hdir (§ 7-10)
6 Håndtering (tiltak)	Tiltak iverksettes for å bringe hendelsen under kontroll samtidig som man kommuniserer med publikum om risikoen.	Kommunen (§§ 7-1, 4-1) etter råd fra kommunelegen (§ 7-2)	FHI (§ 7-9, MSIS § 3-3), Hdir (§§ 7-10, 4-1) etter råd fra FHI, og basert på en helhetlig og utvidet vurdering av situasjonsbildet
7 Oppfølging	Etter justering eller gjennomføring av tiltak må effekten vurderes gjennom overvåkingen, se ledd 1 over.	Kommunelegen (§ 7-2)	FHI (§ 7-9) Hdir (§7-10)
8 Evaluering	Etter hendelsen må håndteringen evalueres og resultatene rapporteres slik at andre kommuner kan lære.	Kommunelegen (§ 7-2)	FHI (§ 7-9) Hdir (§7-10)





## Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
29/20	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	09.07.2020

### Beredskapskompensasjon koronapandemien

#### Vedlegg

- 1 01.07.20 Svar fra Dr. Sanju Singh
- 2 26.06.20 E-post fra kommunedirektør
- 3 08.06.20 Den norske legeförening
- 4 19.05.20 Fra Dr. Sanju Singh Redegjörrelse for hvordan kommunalt smittevernarbeid som föolge av Covid 19 har pävirket Nordreisa legekantor og legevakt
- 5 27.04.20 artikkel fra Tidsskriftet Den norske legeförening - Kommunal organisering av behandlingstilbud for covid 19 pasienter
- 6 12.05.20 E-post fra kommunedirektör
- 7 30.04.20 Protokoll etter forhandlinger mellom Nordreisa kommune og Den Norske Lægeförening
- 8 17.04.20 Protokoll etter forhandlinger mellom Nordreisa kommune og Den Norske Lægeförening
- 9 14.04.2020 KS Anbefaling om økonomiske vilkår for leger under koronapandemien
- 10 31.03.20 E-post fra kommunedirektör
- 11 30.03.20 KS om Kompensasjon for fastleger i karantene og isolasjon
- 12 26.03.20 Fra Den Norske legeförening
- 13 Mars 2020 KS Anbefaling om økonomisk vilkår for leger under koronapandemien

#### Kommunedirektörens innstilling

1. Utkast til avtale med legene for perioden 09.04.20 – 30.04.20 og perioden 01.05.20 – 31.05.20 godkjennes i samsvar med kommune direktörens forslag.
2. Pälagt smittevernarbeid for perioden 01.06.20 – 31.12.20 kompenseres pä timebasis med utgangspunkt i KS sine satser. Det forutsettes at denne type smittevernarbeid er pälagt av kommuneoverlegen.
3. Utbetalinger i henhold til punktene 1 og 2 ovenfor belastes koronamidler utbetalt fra staten.

#### Saksutredning til möte i Helse- og omsorgsutvalgets möte 09.07.2020

##### *Innledning*

Regjeringen besluttet 12.03.20 omfattende tiltak for ä stoppe spredningen av koronaviruset. Nordreisa kommune besluttet samtidig lokale begrensninger og tiltak i forhold til offentlige bygg, herunder helseinstitusjonene, DMS og legekantoret.



Disse nasjonale og lokale tiltakene medførte at legene ikke kunne drive legekontoret og legevakten som tidligere, og legene fikk betydelig reduksjon i sine inntekter som følge av de statlige og kommunale beslutningene. Legene fikk heller ikke utnytte de leide legelokalene og personellet som forutsatt på grunn av de strenge restriksjonene som hadde som formål å stoppe smittespredningen.

Den Norske Lægeforening v/ hovedtillitsvalgt Wivi Vikebø henvendte seg i brev datert 26.03.20 med krav om kompensasjon som følge av koronapandemien.

### ***Saksopplysninger***

Legene i Nordreisa er alle deltidsansatt i Nordreisa kommune, med unntak av kommuneoverlegen som har 100 % fast stilling. I tillegg driver legene fastlegevirksomhet i privat praksis, og har standard avtaler med kommunen som er framforhandlet sentralt mellom KS og Den Norske Lægeforening og delvis regulert gjennom statlige beslutninger.

Legene betaler leie til Nordreisa kommune for kontorlokaler, helsesekretærer og forbruksmateriell.

Kommunedirektøren gjennomførte drøftings- og forhandlingsmøter med legene 30.03.20, 03.04.20 og 17.04.20. Like etter utbruddet av pandemien i landet vårt var det stor usikkerhet hvordan legene kunne opprettholde sin virksomhet på en sikker måte, og organiseringen av legevakten og legetjenestene for øvrig skapte usikkerhet i økonomien for legene. Både departementet og KS arbeidet for å finne gode løsninger. I epost datert 31.03.20 bekreftet vi ovenfor legene at vi ville følge KS sine anbefalinger i saken i forhold til kompensasjon for fastleger som settes i karantene eller isolasjon. I forhandlingsmøtet 17.04.20 ble det inngått enighetsprotokoll for kompensasjon for perioden 16.03.20 – 08.04.20, jfr. vedlagte protokoll.

Flere av de andre kommunene i regionen har inngått ulike kompensasjonsavtaler med legene sine.

KS anbefaler at kommunene kompenserer legene på følgende områder:

- Kompensasjon for leger som blir satt i karantene eller isolasjon
- Kompensasjon for arbeid ved luftveisklinikker
- Kompensasjon for pålagt arbeide med smittevern

Legene i Nordreisa har i brev av 19.05.20 og 08.06.20 krevd kompensasjon for perioden etter 08.04.20, og vi har fått tilsendt dokumentasjon som viser at legene som følge av pandemien og smittevernarbeidet har hatt betydelige reduksjon i sine inntekter.

Arbeidsgiver møtte legene til nytt forhandlingsmøte 29.05.20, og kommunedirektøren har senere også hatt samtaler med kommuneoverlegen.

Etter en samlet vurdering har administrasjonen utarbeidet et forslag til avtale for periodene 09.04.20 – 30.04.20 og 01.05.20 – 31.05.20. Etter 01.06.20 foreslår vi at utført smittevernarbeid registreres og godtgjøres på timebasis med utgangspunkt i satser som KS har anbefalt. Forslag til avtale følger som vedlegg, og kommunedirektøren vil i møtet i sektorutvalget redegjøre nærmere for hvordan beregningene er bygd opp.

Vi har i oversendelse av avtaleforslaget til legene tatt forbehold om politisk godkjenning av opplegget. Dette begrunnes med at legene ikke bare er fast ansatt, men disse driver også virksomhet som selvstendig næringsdrivende.

## **Vurdering**

Legene i Nordreisa har gjort en god innsats for å organisere og opprettholde tilfredsstillende smitteverntiltak, både ved legekantoret, DMS, helseinstitusjonene og andre offentlige bygg.

Kommuneoverlegen som har hatt det overordnede ansvaret har hatt en betydelig arbeidsbelastning, og har vært med og gitt råd til formannskapet og kommunestyret når ulike lokale restriksjoner har vært vurdert. I den innledende fasen av pandemien var det kommuneoverlegen selv som fattet vedtakene i medhold av smittevernloven, men dette ble senere (etter anbefaling fra fylkesmannen) endret slik at kommunestyret delegerte sin myndighet til formannskapet. Kommuneoverlegen har med sin innsats og framturen vært med på å skape forståelse og trygghet rundt de smitteverntiltak som er iverksatt av staten og kommunen.

Kommunedirektøren vurderer det som viktig at vi har en legetjeneste som både er stabil og robust. I en slik sammenheng er det de samlede arbeids- og avtalevilkår som har betydning for at legene synes det er attraktivt å arbeide i Nordreisa kommune. Flere andre kommuner i regionen har gitt legene kompensasjon som følge av pandemien. Kommunene og sykehusene i landet konkurrerer om legene, sykepleiere og annet helsepersonell, og i denne sammenheng er det viktig at vi er konkurransedyktig på vilkårene.

## ***Anbefaling***

Kommunedirektøren vil anbefale at vi inngår avtale med legene for tidsrommet 09.04.20 – 30.04.20 og 01.05.20 – 31.05.20, men med gradvis nedtrapping i forhold til avtalen for perioden 16.03.20 – 08.04.20. Videre anbefaler vi at pålagt smittevernarbeid for perioden 01.06.20 – 31.12.20 kompenseres på timebasis, med utgangspunkt i KS sine satser som er framforhandlet med legeföreningen.

---

**Fra:** Jan Hugo Sørensen <[Jan-Hugo.Sorensen@nordreisa.kommune.no](mailto:Jan-Hugo.Sorensen@nordreisa.kommune.no)>  
**Sendt:** onsdag 1. juli 2020 15:30  
**Til:** Sanju Singh <[sukhjender@yahoo.com](mailto:sukhjender@yahoo.com)>  
**Kopi:** Wivi Vikebø <[Wivi.Vikebo@nordreisa.kommune.no](mailto:Wivi.Vikebo@nordreisa.kommune.no)>; Øyvind Roarsen <[Oyvind.Roarsen@nordreisa.kommune.no](mailto:Oyvind.Roarsen@nordreisa.kommune.no)>; Rolf Rickard Printz <[Rickard.Printz@nordreisa.kommune.no](mailto:Rickard.Printz@nordreisa.kommune.no)>; Herborg Ringstad <[herborg.ringstad@nordtroms.net](mailto:herborg.ringstad@nordtroms.net)>; Hilde Anita Nyvoll <[Hilde.Nyvoll@nordreisa.kommune.no](mailto:Hilde.Nyvoll@nordreisa.kommune.no)>  
**Emne:** Sv: Beredskapskompensasjon koronapandemien

Hei og takk for rask tilbakemelding.

Utkast til avtale blir lagt fram for møte i Helse- og omsorgsutvalget 09.07.20, med forslag om at utvalget godkjenner avtalen.  
Dette som foreløpig informasjon.

Med vennlig hilsen  
**Nordreisa kommune**

Jan-Hugo Sørensen  
kommunedirektør

Kopi: Utvalgsleder, ordfører og sektorleder.

*Mobiltelefon nr. +47 91 30 00 46*  
*Telefon nr. +47 77 58 80 03*



[www.nordreisa.kommune.no](http://www.nordreisa.kommune.no)

---

**Fra:** Sanju Singh <[sukhjender@yahoo.com](mailto:sukhjender@yahoo.com)>  
**Sendt:** fredag 26. juni 2020 16:25  
**Til:** Jan Hugo Sørensen <[Jan-Hugo.Sorensen@nordreisa.kommune.no](mailto:Jan-Hugo.Sorensen@nordreisa.kommune.no)>  
**Kopi:** Wivi Vikebø <[Wivi.Vikebo@nordreisa.kommune.no](mailto:Wivi.Vikebo@nordreisa.kommune.no)>; Øyvind Roarsen <[Oyvind.Roarsen@nordreisa.kommune.no](mailto:Oyvind.Roarsen@nordreisa.kommune.no)>  
**Emne:** Re: Beredskapskompensasjon koronapandemien

Hei.

Takk for tilbakemelding. Jeg og Wivi har gått gjennom tilbudet til Nordreisa Kommune og godtar herved tilbudet som skissert i pkt A, B og C.

Mvh

Sanju Singh

## Beredskapskompensasjon koronapandemien

Jan Hugo Sørensen <Jan-Hugo.Sorensen@nordreisa.kommune.no>

fr. 26.06.2020 14:56

Til: Wivi Vikebø <Wivi.Vikebo@nordreisa.kommune.no>; Sanju Singh <sukhjender@yahoo.com>; Øyvind Roarsen <Oyvind.Roarsen@nordreisa.kommune.no>

Til Den norske lægeforening

\*\*\*\*\*

Viser til møte 29.05.20, brev datert 19.05.20 fra dr. Sanju Singh og brev (m/ vedlegg) datert 08.06.20 fra dr. Wivi Vikebø og dr. Sanju Singh.

Som kjent inngikk vi avtale med legeforeningen 17.04.20, for tidsrommet 16.03.20 - 08.04.20.

Fastlegene i Nordreisa driver privat praksis, i kombinasjon med ansettelsesforhold i Nordreisa kommune.

KS er tydelig på at kommunene nå ikke behøver å inngå særskilte avtaler med legene som følge av koronapandemien, med unntak av følgende:

- Kompensasjon for leger i karantene eller isolasjon
- Kompensasjon for arbeid ved luftveisklinikker
- Kompensasjon for pålagt arbeide med smittevern

Fra 1. mai 2020 er situasjonen ved legekantorene gradvis normalisert, og det er nå forholdsvis få kommuner som har sett det nødvendig å etablere avtaler med kompensasjon.

Kommunedirektøren ønsker fortsatt at legene i Nordreisa har en god beredskap i forhold til smittevernarbeidet og eventuelle utbrudd av covid-19.

Det er viktig at vi organiserer legetjenestene slik at vi er robust i forhold til eventuell smitte, både i forhold til de ansatte ved legekantoret og i forhold til de ansatte ved helseinstitusjonene og DMS/Sonjatun. Dette vil i neste omgang sikre gode helse- og legetjenester til befolkningen i Nordreisa.

Vi er derfor villig til å drøfte kompensasjon, men dette vil bli på et helt annet nivå enn avtalen vi inngikk for perioden 16.03.20 - 08.04.20.

A)

Nordreisa kommune tilbyr derfor følgende kompensasjon for perioden 09.04.20 - 30.04.20:

1. Kompensasjon kr 14.302 pr. fastlege. Kommuneoverlegen får tilsvarende kompensasjon kr 8.581 (kr 14.302 x 60 %).
2. Reduksjon husleie med kr 7.333 pr. fastlege.

B)

Videre tilbyr vi følgende kompensasjon for perioden 01.05.20 - 31.05.20:

1. Kompensasjon kr 9.752 pr. fastlege. Kommuneoverlegen får tilsvarende kompensasjon kr 5.851 (kr 9.752 x 60 %)
2. Reduksjon husleie med kr 5.000 pr. fastlege

C)

Etter 01.06.20 oppfatter vi at vi er over i en mer normal driftssituasjon, og vi foreslår at utført smittevernarbeid registreres og godtgjøres på timebasis med utgangspunkt i satser som KS har anbefalt.





## DEN NORSKE LEGEFORENING

Legekantoret i Nordreisa

Hovedtillitsvalgt Dr. Wivi Vikebø

Kommunelege Dr. Sanju Singh

Storslett 08.06.20

Unntatt offentlighet

Til Nordreisa Kommune ved Kommunedirektør Jan Hugo Sørensen og Sektorleder helse & omsorg Rickard Printz

Det vises til tidligere fremlagt krav om beredskapskompensasjon, samt møter og mailkorrespondanse. Det bør nå ha kommet tydelig frem beredskapsarbeidet som fastlegene i Nordreisa Kommune har utført, og som har satt vanlig ordinær fastlegevirksomhet til side.

Vedlagt legges ved inntektsrapporter for mai måned. Rapporter for mars og april er tidligere levert til Kommunedirektør.

Som man kan se fra inntektsrapportene er det reduksjon i spesielt refusjoner fra Helfo, med opptil halvering av vanlig inntjening. Det skal bemerkes at det i denne perioden var høy legevaktsbelastning. Og Dr. Singh, Dr. Isaksen og Dr. Linnestad har i denne perioden gått en del legevakter. Derfor er inntjening på legevakter summert opp på vedlagt dokumentasjon.

Vi krever beredskapskompensasjon fra 9 april – 31 mai 2020. Vi har vært i kontakt med Legeforeningens jurister med tanke på om det fra KS foreligger retningslinjer på slikt beredskapsarbeid for kommunene. KS viser til Oslo-avtalen, hvor leger får betalt 880 kr/time for beredskapsarbeid dagtid, og 40% tillegg for kveldsarbeid.

Da fastlegene i Nordreisa Kommune ikke fikk en slik avtale, er det nå vanskelig å etterberegne antall timer medgått. Vi har blitt kompensert etter 2,5 dags halv-praksiskompensasjon samt 15 000 kr i reduksjon på husleie for perioden 16 mars – 8 april 20. Vi forventer en liknende avtale for perioden 9 april – 31 mai. Fra 1 juni kan vi gå over til en avtale lik den KS anbefaler med egen timesats for medgått arbeid, hvor lege dokumenterer tidsbruk i forbindelse med arbeid.

Vi har blitt pålagt beredskapsarbeid av kommunen, samtidig som driften på legekantoret har vært kraftig redusert som følge av kommunens vedtak pga pandemien. Vi ønsker at en avtale kommer på plass med etterbetaling for allerede utført arbeid, samt en avtale for videre arbeid fra 1 juni.

Mvh

Dr Wivi Vikebø og Dr. Sanju Singh

Redegjørelse for hvordan kommunalt smittevernsarbeid som følge av Covid-19 har påvirket Nordreisa legekantor og legevakt.

*Viser til mail fra kommunedirektør: «Nordreisa kommune som arbeidsgiver ønsker at dere i forkant av møtet sender oss aktuell dokumentasjon som underbygger deres krav om beredskapskompensasjon.*

*Dokumentasjonen må vise hvordan kommunalt smittevernarbeid som følge av covid-19 har påvirket deres virksomhet.»*

- For å redusere smitterisiko i den pågående pandemien bør all kontakt mellom pasient og helsepersonell, der det er forsvarlig, foregå uten fysisk oppmøte. Fastlegene i Nordreisa fikk allerede 16 mars på plass videokonsultasjonsløsning. Det er å forvente at smittesituasjonen vil vedvare over tid.
- Alle pasienter med luftveisinfeksjoner må håndteres som mulig covid -19. Legekantoret etablerte egne smitterom for undersøkelse og diagnostikk av luftveissymptomer/feber, med strenge smitteverntiltak. Det er utarbeidet egne prosedyrer for håndteringen av slike pasienter.
- For å begrense pasienttrafikken på legekantorets lokaler ble fastlegene delt i «teams». Dette fordi ved full drift og 6 leger + turnuslege jobbene samtidig er ofte venterommet og gangene på Sonjatun overfylt. Dette er ikke bra ved en eventuell smittesituasjon, både for ansatte og pasienter. Ved å jobbe 3 og 3 leger annenhver dag reduserte man pasienttrafikken i korridorene. Samt pasienttrafikk på skiftestue/lab og fysiske henvendelser til sekretærer. Man fikk mer kontroll på hvem som er inne på Sonjatun til enhver tid, da det er streng adgangskontroll. På denne måten unngår man også at ikke alle leger havner i karantene samtidig. Dette ville ha vært fullstendig krise for legevaktsberedskapen, som er et kommunalt ansvar.
- Pasienter blir ringt opp på forhånd for å avklare om mulige luftveissymptomer, før ankomst legekantor.
- Opprettet egen Koronatelefon for spørsmål vedrørende COVID-19, testing, karantene osv. Operatør av telefonen konfererer med legene angående henvendelser fra deres pasientlister. Lege gir på denne måten råd til operatør/sekretær for videre plan/tiltak.
- Lillebo ble raskt tiltenkt et COVID-19 mottak for kommunens innbyggere. Planlegging og prosedyrer jobbes det fortsatt med. Det meste av nødvendig medisinsk utstyr er allerede kjøpt inn. Trening/øvelse med ambulansetjenesten for mottak av COVID-19 pasienter er gjennomført, og planlegges flere ganger med flere sykepleiere involvert.
- Legene har i lag med vaktmestere designet og laget «sluser» som kan monteres utenfor sykehjemsrom, ved eventuell smitte på sykehjem.

- Sykehjemslegene, helsestasjonslege, sykestuelege går gjennom nødvendige retningslinjer og tiltak på sykehjemsavdelingen sammen med personell der. Løpende veiledning av helsepersonell på avdelingene.
- Fastlegene og Kommuneoverlegene driver daglig kommunalt smittevernsarbeid. Flere tiltak har blitt gjennomført, kan nevnes blant annet:
  - Utarbeidet STOPP-skilt ved inngangene med informasjon om korona og begrensninger for å komme inn.
  - All personell må kunne riktig smittevernprosedyrer og trenes på bruk av dette.
  - Egen timebok på laboratoriet og skiftestue. Dette for å spre pasientene utover dagen.
  - Det settes opp kun nødvendige undersøkelser.
  - Alle Covid-19 tester gjøres utenfor Sonjatun. Egnet telt med ovn lånt av lokalt næringsliv, og kom raskt på plass.

Supplerende opplysninger gis på møte 20.05.20.

Mvh

Dr. Sanju Singh





# Tidsskriftet

DEN NORSKE LEGEFORENING

## Kommunal organisering av behandlingstilbud for covid-19-pasienter

**DEBATT**

**COVID-19**

**ALLMENNEMEDISIN / SAMFUNNSMEDISIN**

Publisert: 27. april 2020

Ståle Onsgård Sagabråten, Ingvild Vatten Alsnes Om forfatterne

En omlegging av det kommunale helsetilbudet er essensielt i møte med en potensiell koronabølge. I Nesbyen i Hallingdal ble det gjort seks grep som viste seg å være nyttige.



Helsesykepleier Bodil Skovhus Bråthen tar prøver av bioingeniør Ellen Marie Tørrisplass, godt beskyttet av en pleksiglassplate på Nesbyen legesenters nye hurtiglab. Foto: Ståle Onsgård Sagabråten

Nesbyen kommune har drøyt 3 300 faste innbyggere og om lag hundre flere hytter. På grunn av turistene, som medfører opptil en femdobling av folketallet, har kommunen god legedekning med to legekontorer og fem legehjemler samt en LIS1-stilling.

Da Hallingdal fikk bekreftet sitt første tilfelle av koronasmitte 10. mars 2020, tok det to dager før kommuneoverlegene i distriktet anbefalte kommunene å iverksette drastiske tiltak for å begrense smitte, slik som å stenge ned skianlegg og turistbedrifter (1). I tillegg ble det tatt seks grep for å møte den nye situasjonen.

### Grep 1: Videokonsultasjoner

Av smittehensyn er det nødvendig å unngå pasientopphopning i venteareal. Innen en uke etter første smittetilfelle hadde alle legene gjennomført sin første videokonsultasjon. Med

langvarige lege-pasient-relasjoner kan mye løses via video med tilfredsstillende lyd- og bildekvalitet.

## Grep 2: Frikjøp av legetid

Da covid-19 ble påvist i Hallingdal, ble det behov for koordinert innsats i smittevernarbeidet. Kommunen ble anmodet om at fastlegen med samfunnsmedisinsk ansvar fikk utvidet sin stilling. I de første to ukene av koronautbruddet sank antall henvendelser til legekantorene som følge av helsemyndighetenes anbefaling om å utsette legebesøk som ikke var strengt nødvendige. Sammen med rådet om å unngå å ha for mye helsepersonell på jobb samtidig gjorde dette at det ble utført lite kurativt arbeid. Det ble derfor forhandlet frem en avtale om at fastlegene kunne gjøre kommunalt smittevernarbeid på timebasis eller bli tilkjent praksiskompensasjon for dager borte fra praksis. Siden kommunen hadde et stort behov for å få på plass oppdaterte, lokale prosedyrer på en rekke områder, var denne avtalen til gjensidig nytte.

*«Det ble forhandlet frem en avtale om at fastlegene kunne gjøre kommunalt smittevernarbeid på timebasis eller bli tilkjent praksiskompensasjon»*

## Grep 3: Ombygging og omorganisering

Nesbyen legesenter deler lokaler med fysioterapitjeneste, NAV, helsestasjon og ambulansetjeneste. Til tross for gode samhandlingsrutiner i det daglige måtte man unngå at pasienter med covid-19 kunne smitte andre.

Den første sonen som ble etablert, var til prøvetaking. Et omkleddingsrom til å kle seg anbefalt personlig smittevernutstyr ble etablert i en garderobe i kjelleren. Et rom vis-a-vis hvor pasientene skulle tas imot innendørs, ble gjort klart ved å dekke gulvene med tykk byggplast frem til teppeflisene noen dager senere ble skiftet ut med et vaskbart gulvbelegg. De fleste prøver har likevel blitt tatt utendørs med pasienten sittende i egen bil. Slik prøvetaking foregår ved at en lege ikledd smittevernutstyr i form av engangs smittefrakk, kirurgisk munnbind, heldekkende visir, hette og doble hansker går ut og tar prøver. Prøveglassene leveres til en sykepleier med munnbind og hansker som holder et forsendingsutklart.

## Grep 4: Egen luftveisklinikk

Etablering av en egen luftveisklinikk gjorde det mulig å fysisk skjerme den øvrige driften fra pasienter med mulig koronasmitte. Rommet ble utstyrt med oksygenkolbe og maske og bag til assistert ventilasjon. Utstyr til væskebehandling ved dehydrering ble gjort klart. Det er gjennomgående tenkt smittevern og enkelt renhold, for eksempel ved at telefonen er pakket inn i plastfilm, og at undersøkelsesbenken er dekket med plast i stedet for papir. Siden man ville unngå trafikk inn og ut av lokalene, bestemte man at det var nødvendig å dedikere eget laboratoriestyr til lokalene. Det ble gjort klart utstyr til blodprøvetaking inkludert blodkulturflasker og kjøpt inn eget apparat til hurtigtest av CRP og enkel celletelling, EKG-apparat og defibrillator. Med denne basisutrustningen er det mulig for lege alene på vakt å ta imot pasient for undersøkelse og prøvetaking uten å tilkalle hjelp og uten å måtte bevege seg ut av rommet for å hente nødvendig utstyr.

## Grep 5: Hurtiglab

Selv om det gikk ut en anbefaling om å utsette fysisk oppmøte for legekonsultasjoner som ikke var strengt nødvendige, så man raskt at ikke alt kunne løses med videokonsultasjon. Mange av pasientene som hadde behov for laboratorieprøver, var også regnet blant dem med størst risiko for et mer alvorlig sykdomsforløp ved koronainfeksjon. Det var derfor ønskelig å ikke utsette disse pasientene for mer smittefare enn høyst nødvendig. I den nyetablerte hurtiglaben ble det hengt opp en pleksiglassplate festet til to kroker i taket. Platen danner et skille mellom pasient og prøvetaker, som sittende på en svingbar stol kan få tilgang til innsiden av pasientens albuer uten å bli pustet på. Verken pasient eller prøvetaker trenger å bruke munnbind dersom de ellers er friske. Testingen av potensielt smittede foretas på formiddagen for at prøvene skal kunne sendes til analyse med hentetjeneste fra sykehuslaboratoriet ved lunsjtider samme dag.

## Grep 6: Egen smitteavdeling på sykehjem

Sykehjemmet i Nesbyen hadde en avdeling som tidligere ble benyttet til korttidsrehabilitering. Her var det sju rom, og det var mulig å skille avdelingen fra resten av lokalene med egen inngang og provisorisk smittesluse.

Ved spørsmål om innleggelse og behov for intensivbehandling er det Ringerike sykehus i Hønefoss som er nærmeste mulighet. Dersom pasienten transporteres dit, mister Nesbyen kommune ambulansereberedskap i minimum tre timer på grunn av reisen frem og tilbake, i tillegg til at ambulansen må desinfiseres på Ål i en prosedyre som tar tre timer. Hallingdal sjukestugu på Ål kan også være aktuell å benytte for koronapasienter. Hallingdal sjukestugu er en del av Ringerike sykehus og har en somatisk avdeling hvor første- og andrelinjetjenesten møtes, da den har ti interkommunale sengeplasser og ti helseforetakssengeplasser.

## Konklusjon

Nesbyen kommune er liten og oversiktlig og har en ubyråkratisk struktur. Kommunen har raskt klart å omstille seg til å kunne ta imot covid-19-syke i en egen smitteklinikk samtidig som andre pasientkategorier ivaretas på en god måte uten å utsettes for unødig smitterisiko. Vi håper våre erfaringer kan være til inspirasjon.

**Sv: Sv: Beredskapskompensasjon**

Jan-Hugo Sørensen &lt;Jan-Hugo.Sorensen@nordreisa.kommune.no&gt;

ti. 12.05.2020 14:16

**Til:** Wivi Vikebø <Wivi.Vikebo@nordreisa.kommune.no>**Kopi:** Rickard Printz <Rickard.Printz@nordreisa.kommune.no>; Christin Andersen <Christin.Andersen@nordreisa.kommune.no>; Øyvind Roarsen <Oyvind.Roarsen@nordreisa.kommune.no>; Wivi Vikebø <Wivi.Vikebo@nordreisa.kommune.no>; Sanju Singh <sukhjender@yahoo.com>**Til Den Norske lægeforening v/ hovedtillitsvalgt Wivi Vikebø og øvrige som innkalles til møtet**

\*\*\*\*\*

Viser til eposter nedenfor.

Jeg foreslår at vi møtes 21.05.20 kl 1200 - 1330 i kommunestyresalen på rådhuset til drøftingsmøte med tema: Beredskapskompensasjon for kommunalt smittevernarbeid som følge av covid-19.

Nordreisa kommune som arbeidsgiver ønsker at dere i forkant av møtet sender oss aktuell dokumentasjon som underbygger deres krav om beredskapskompensasjon. Dokumentasjonen må vise hvordan kommunalt smittevernarbeid som følge av covid-19 har påvirket deres virksomhet.

Vel møtt !

Med vennlig hilsen  
**Nordreisa kommune**

Jan-Hugo Sørensen  
kommunedirektør

*Mobiltelefon nr. +47 91 30 00 46**Telefon nr. +47 77 58 80 03*[www.nordreisa.kommune.no](http://www.nordreisa.kommune.no)**Fra:** Sanju Singh <sukhjender@yahoo.com>**Sendt:** onsdag 29. april 2020 20:29**Til:** Jan-Hugo Sørensen <Jan-Hugo.Sorensen@nordreisa.kommune.no>**Kopi:** Rickard Printz <Rickard.Printz@nordreisa.kommune.no>; Christin Andersen <Christin.Andersen@nordreisa.kommune.no>; Øyvind Roarsen <oyvind.roarsen@sonjatun.no>; Wivi Vikebø <wivi.vikebo@sonjatun.no>**Emne:** Re: Sv: Beredskapskompensasjon

Hei.

Takk for svar. Jeg ønsker at dere leser denne artikkelen publisert 27 april, (vedlagt link til Tidsskriftet Den Norske Legeforening) om kommunal organisering av behandlingstilbud for covid-19.

Mvh

Sanju Singh

[Kommunal organisering av behandlingstilbud for covid-19-pasienter](#)

**Kommunal organisering av behandlingstilbud  
for covid-19-pasienter**

27.04.2020: Debatt - En omlegging av det kommunale  
helsetilbudet er essensielt i møte med en potensiell koronabø...

On Wednesday, April 29, 2020, 1:10:03 PM GMT+2, Jan-Hugo Sørensen <jan-hugo.sorensen@nordreisa.kommune.no> wrote:

Hei.

Jeg bekrefter å ha mottatt eposten datert 27.04.20.

Vi kommer tilbake med forslag til møtedato.

Med vennlig hilsen  
**Nordreisa kommune**

Jan-Hugo Sørensen  
kommunedirektør

*Mobiltelefon nr. +47 91 30 00 46  
Telefon nr. +47 77 58 80 03*

## PROTOKOLL

Den 03.04.20 ble det i kommunehuset ført forhandlinger mellom Nordreisa kommune på den ene siden og Den Norske Lægeforening på den andre siden.

### Til stede:

Fra Nordreisa kommune:      Kommunedirektør Jan-Hugo Sørensen  
Service- og personalsjef Christin Andersen  
Sektorleder helse- og omsorg Rickard Printz

### Tillitsvalgt

Htv Wivi Vikebø  
Øyvind Roarsen  
Sanju Singh

\*\*\*\*\*

DNL har i brev av 26.03.20 satt fram krav for inntektstap som følge coronasituasjon. Arbeid etter smittevernloven er en kommunal oppgave, ikke en fastlege oppgave.

Staten har signalisert kompensasjonsordninger i uke 15, jfr. Epost datert 03.04.20 fra KS.

Partene kom fram til enighet om følgende:

Dersom staten ikke tar ansvar for fastlegenes inntektstap for perioden 16. mars til 8. april 2020 vil Nordreisa kommune kompensere for tapet i perioden.

Ved beregningen av fastlegenes inntektstap vil man da utgangspunkt i kravet fra DNL slik at man gir halv praksiskompensasjon for fastlegene (beregnet utfra 2,5 dager pr. uke) og utbetaling av 60 % av 2,5 dags halv-praksiskompensasjon (beregnet utfra 2,5 dager pr. uke) for kommuneoverlegen.

Kravet om husleiereduksjon vil bli vurdert når statens tiltak ovenfor legene blir presentert før påske.

Forhandlingene videreføres tirsdag 7 april kl 13.00.

Nordreisa kommune

Den Norske Lægeforening



Wivi

2020/404

## Protokoll

\*\*\*\*\*

Den 17.04.2020 ble det på rådhuset på Storslett ført forhandlinger mellom Nordreisa kommune på den ene siden og Den Norske Lægeforening på den andre siden.

### Til stede

-----

Nordreisa kommune: Kommunedirektør Jan-Hugo Sørensen og sektorleder helse og omsorg Rickard Printz.

Den Norske Lægeforening: Hovedtillitsvalgt Wivi Vikebø, lege Sanju Singh og kommuneoverlege Øyvind Roarsen.

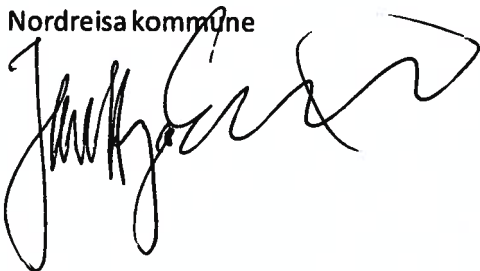
Utgangspunktet for forhandlingene var protokoll mellom partene fra forhandlingsmøte 03.04.2020.

Partene kom til enighet om følgende:

Nordreisa kommune gir følgende godtgjøring som skal dekke tapte inntekter og merarbeid til fastlegene og kommuneoverlegen knyttet til kommunalt arbeid for tilrettelegging, drift og etterarbeid knyttet til Covid-19 for perioden 16.03.2020 - 08.04.2020:

- 1 A) Kompensasjon for 5 fastleger kr 4.876 x 2,5 dager/uka x 3,5 uker = kr 42.665 pr. fastlege
- 1 B) Kompensasjon for kommuneoverlegen kr 4.876 x 60 % x 2,5 dager/uka x 3,5 uker = kr 25.599
- 2) Reduksjon husleie for 5 fastleger kr 15.000 pr. fastlege

Nordreisa kommune



Den Norske Lægeforening





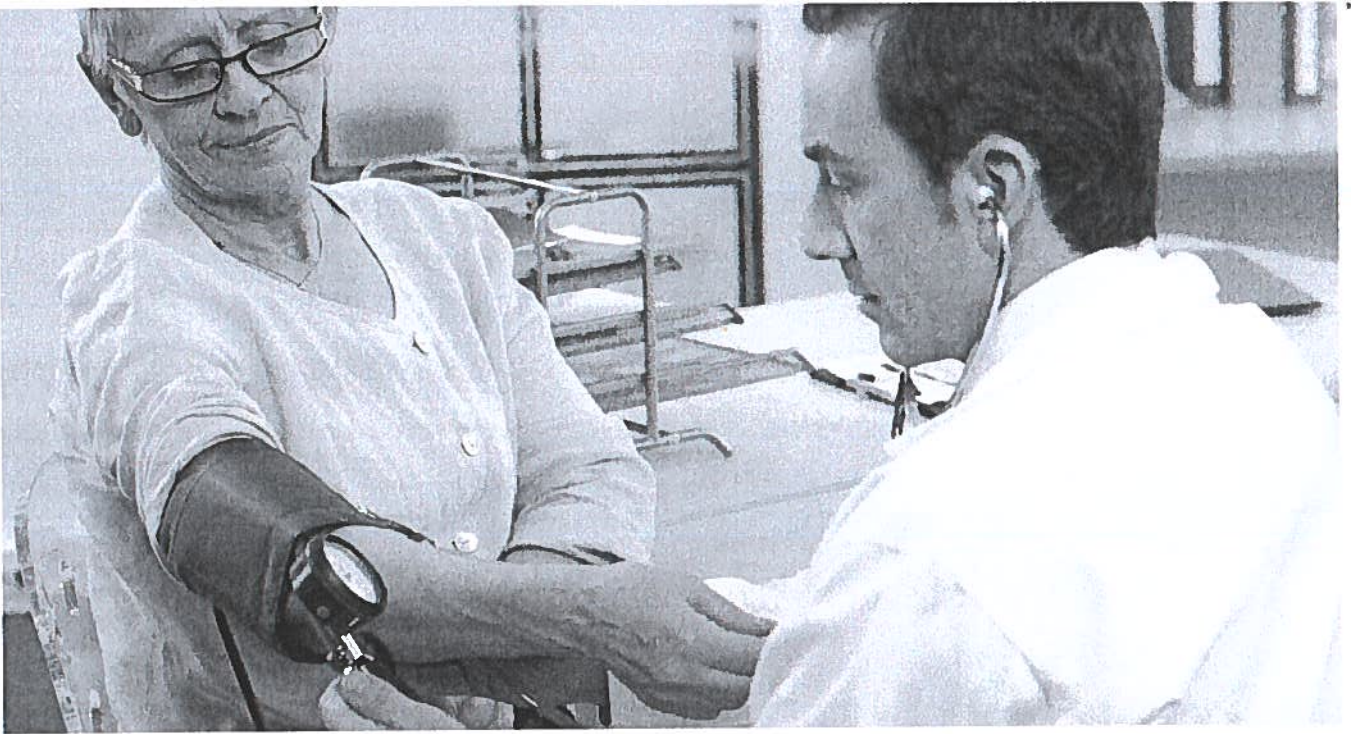


[KS mener](#)[Prosjekter og verktøy](#)[Hovedtariffavtalen](#)[Norge i tall](#)[Informasjon om koronasituasjonen](#)[Hjem](#)[Informasjon om koronasituasjonen](#)[Koronaviruset: Arbeidsgiver](#)[Anbefaling om økonomiske vilkår for leger under koronapandemien](#)

# Anbefaling om økonomiske vilkår for leger under koronapandemien

Oppdatert 08.04.2020 kl. 11:35 angående inntektsgaranti. KS og Legeforeningen har felles anbefalinger på en rekke problemstillinger knyttet til legenes økonomiske vilkår som følge av koronapandemien.

KS v/ Anne Tøndervoll  
tlf nr. 988 52999



*KS anbefaler at kommunen inngår midlertidige arbeidsavtaler med legene. En ansettelse vil gi legen rettigheter etter hovedtariffavtalen, herunder yrkesskadeforsikring, på lik linje med andre kommunalt ansatte.*

*Foto: Mostphotos*

Det har oppstått en rekke problemstillinger knyttet til legenes økonomiske vilkår som følge av koronapandemien. Dette gjelder leger som må i karantene eller isolasjon som følge av arbeid for kommunen, inntektsnedgang i fastlegepraksiser og forhold knyttet til arbeid på smittevernklinner eller lignende. Det er viktig å skille mellom kostnadsdekning og kompensasjon for inntektsbortfall. Finansieringsordningen i fastlegeordningen er slik at kommunens økonomiske ansvar er begrenset til å betale basistilskudd. Den aktivitetsbaserte inntekten er et statlig ansvar, og består av trygderefusjoner og egenandeler fra pasientene.

### **1 Kompensasjon for leger i karantene eller isolasjon**

For fastleger som må i karantene eller isolasjon som følge av arbeid for kommunen, anbefaler KS at de får en kompensasjon på kr 9752 per dag. Kompensasjonen utbetales i inntil 16 dager fra karantenen eller isolasjonen blir iverksatt. Eventuelle inntekter for arbeid som kan utføres i karantenetiden kommer til fradrag. Fastlegen bør forplikte seg til å legge fram nødvendig dokumentasjon av inntekter, herunder trygderefusjoner, egenandeler og leieinntekter fra vikar.

Dersom neisetistanden til legen tillater det, bør fastlegen i denne perioden beordres til å utføre annet arbeid knyttet til forebygging og behandling uten ytterligere kompensasjon. En forutsetning er at dette arbeidet kan utføres samtidig som fastlegen er i karantene eller isolasjon.

Helse- og omsorgsdepartementet har bekreftet at kommunene vil få dekket sine utgifter til dette i etterkant. Våre anbefalinger er i samsvar med Legeforeningens råd og avtaler flere kommuner har inngått, blant annet Oslo kommune.

## 2 Inntektsgaranti (oppdatert 8.4)

Mange fastleger melder om redusert omsetning grunnet endringer i pasientkontakten. Eksisterende takstsystem dekker ikke godt nok de endrede arbeidsformene på legekontorene. Legeforeningen og KS har tatt opp denne bekymringen med Helse- og omsorgsdepartementet. Som resultat av denne dialogen, er det fra 6. april til 1. september åpnet opp for endringer i takstsystemet som vil kunne bedre fastlegenes inntjening og på den måten sikre driften av legekontorene. Dette gjør det nødvendig å inngå lokale avtaler om inntektsgaranti. Les mer om dette på [Helsedirektoratets nettsider](#).

## 3 Lønns- og arbeidsvilkår for oppfølging av pasienter med luftveissymptomer

KS anbefaler at kommunen inngår midlertidige arbeidsavtaler med legene. En ansettelse vil gi legen rettigheter etter hovedtariffavtalen, herunder yrkesskadeforsikring, på lik linje med andre kommunalt ansatte.

Lønn fastsettes etter hovedtariffavtalen kapittel 5. Kommunen beholder trygderefusjoner og egenandeler. Legen beholder basistilskuddet. Staten har åpnet opp for utvidede takstmuligheter, blant annet for arbeid etter klokken 16. Les mer om dette på [Helsedirektoratets nettsider](#).

Arbeidsavtalene inngås i samsvar med arbeidsmiljølovens bestemmelser, og med grunnlag i § 14-9 (2), bokstav a), arbeid av midlertidig karakter. Utløpsdato for avtalene bør ikke settes for langt fram i tid. Samtidig kan det vurderes å ta inn en klausul om at arbeidet opphører før utløpsdato dersom tiltakene som begrunner ansettelsen



oppfører. For øvrig bør det fortløpende vurderes om det er behov for forlengelse.

Oslo kommune har inngått avtale med Legeforeningen om lønn for deltakelse i luftveisklinikker. Spesialister skal ha en årslønn på kr 953.900 og ikke-spesialister en lønn på kr 882.200. Praksiskompensasjon utbetales med kr 230 per time, og tilsvarer omtrent omregnet timesats for praksiskompensasjon etter SFS 2305 pkt. 4.1. Dette er en utgiftkompensasjon for fravær fra egen praksis som følge av arbeid på luftveisklinikken.

Etter fastlegenes ønske kan det inngås oppdragsavtaler. Som næringsdrivende er legen ansvarlig for å ha nødvendige forsikringer. KS anbefaler et honorar på kr 880 per time, tilsvarende honorarsatsen i ASA 4310 pkt. 12.5. Praksiskompensasjon utbetales ikke. Kommunen beholder trygderefusjoner og egenandeler. Legen beholder basistilskuddet. Dette er i samsvar med avtalen Oslo kommune har inngått med Legeforeningen. Oslo kommune gir et 40 % tillegg for arbeid etter kl. 16.

Dersom legen har tiltrådt arbeidet ved luftveisklinikken før arbeidsavtalen eller oppdragsavtalen er undertegnet, får avtalen tilbakevirkende kraft fra tiltredelsestidspunktet. Dette innebærer at legene kan starte arbeidet ved klinikkene snarest og før individuelle avtaler er formelt inngått. Dette gjelder også leger som er pålagt arbeid ved klinikkene.

I de tilfeller fastlegene har ledig kapasitet og kommunen har behov for legeressurser som følge av koronapandemien, kan det være hensiktsmessig å inngå midlertidig avtale med fastlegen i tråd med våre anbefalinger ovenfor for arbeid i luftveisklinikker. Se lenke til avtalene mellom Oslo kommune og Legeforeningens veileder nederst i artikkelen.

## 4 Smittevernloven

Smittevernloven gir kommunen adgang til å pålegge fastleger oppgaver knyttet til smittevern. Det bør så langt som mulig forsøkes å få til frivillige løsninger før det gis pålegg om smittevernsarbeid etter smittevernloven § 4-9.

Smittevernarbeid ligger utenfor fastlegenes ansvarsområde og er ikke klart definert. Det er derfor uklart om dette kan tilpliktes legene som andre allmennlegeoppgaver, jf. fastlegeforskriften § 12 og ASA 4310 pkt. 12.1. Vi antar at denne muligheten i alle

tilfeller vil være lite aktuell. Før legen kan tilpliktes andre allmennlegeoppgaver må den ledige stillingen kunngjøres eksternt. Dette vil ikke imøtekomme et raskt behov for legerressurser.

Etter smittevernloven § 4-9 (4) kan kommunen etter vedtak i kommunestyret, pålegge alle ansatte leger og næringsdrivende fastleger å delta i forebygging, behandling og pleie av smittede personer med allmennfarlige smittsomme sykdommer. Vedtaket må være konkret og rettet mot den enkelte lege. Legen

kan påklage vedtaket til Fylkesmannen, jf. smittevernloven § 8-3. Helsedirektoratet sendte ut et brev 12. mars til alle landets fastleger om dette. Se lenke til Helsedirektoratets brev nederst i artikkelen.

Etter vedtak i kommunestyret kan legene også pålegges å gjennomføre nødvendig opplæring og utføre nødvendige oppgaver i smittevernarbeid etter kommunestyrets nærmere bestemmelse, jf. smittevernloven § 4-9 (1) og (2). Selvstendig næringsdrivende fastleger er omfattet av bestemmelsen. Dette er presisert i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993), s. 153.

I tillegg til de krav som er gitt for å kunne pålegge smittevernarbeid etter smittevernloven § 4-9, er det oppstilt noen grunnleggende krav for å kunne iverksette smitteverntiltak i smittevernloven § 1-5. Tiltakene skal være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og framstå tjenlig etter en helhetsvurdering. Utgangspunktet er for øvrig at smitteverntiltak skal være basert på frivillighet. Opprettelse og bemanning av luftveisklinikker drøftes i samarbeidsutvalget, jf. ASA 4310 pkt. 4.2.3.



Oppdatert veileder for etablering av luftveisklinikker



Les mer på Helsedirektoratets nettsider

## Vedlegg

- Helsedirektoratets brev 12.03.20.pdf
- Arbeidsavtale Oslo.docx
- Tilleggsavtale Oslo.docx
- Honoraravtale Oslo.docx

Del: • • • •

Tema: Fastlegeordningen

## KONTAKT



Medlemsservice

medlemsservice@ks.no

24 13 64 00

## Kontakt oss

**Besøksadresse:**

Haakon VII's gt. 9, 0161 Oslo

**Postadresse:**

Pb. 1378 Vika, 0114 Oslo

Org. nr. 971 032 146

**Sentralbord:**

24 13 26 00

[Send e-post](#)

## Medlemsservice

**KS Medlemsservice for arbeidsgiverspørsmål**

24 13 64 00

[Send e-post](#)

[Finn ansatt](#)

## Presse

**Pressekontakter**

**Pressetelefon:** 24 13 26 01

[Send e-post](#)

**Liv Merete Wiker**

Kommunikasjonsdirektør

**Sissel Ambjør**

Redaktør

## Snarveier

[KS på sosiale medier](#)

[Nyhetsvarsling fra KS](#)

[Abonnere på KS' nyhetsbrev](#)

[Ledige stillinger i KS](#)

[KS' personvernerklæring](#)

[KS Læring](#)

[FoU-databasen](#)





**Fra:** Jan-Hugo Sørensen (Jan-Hugo.Sorensen@nordreisa.kommune.no)  
**Sendt:** 31.03.2020 18:11:52  
**Til:** Nordreisa kommune  
**Kopi:** Christin Andersen

**Emne:** Fwd: Kompensasjon for fastleger i karantene og isolasjon

**Vedlegg:**

Journalføres.

Mvh  
Jan-Hugo Sørensen

Videresendt melding:

**Fra:** Jan-Hugo Sørensen <Jan-Hugo.Sorensen@nordreisa.kommune.no>

**Dato:** 31. mars 2020 kl. 17:54:29 CEST

**Til:** Øyvind Roarsen <Oyvind.Roarsen@nordreisa.kommune.no>, Øyvind Roarsen <oyvind.roarsen@sonjatun.no>, Sanju Singh <sukhjender@yahoo.com>, Wivi Vikebø <Wivi.Vikebo@nordreisa.kommune.no>, Wivi Vikebø <wivi.vikebo@sonjatun.no>, Rita Toresen <Rita.Toresen@nordreisa.kommune.no>

**Kopi:** Rickard Printz <Rickard.Printz@nordreisa.kommune.no>, Christin Andersen <Christin.Andersen@nordreisa.kommune.no>, Hanne Marita Hansen <Hanne.Marita.Hansen@nordreisa.kommune.no>

**Emne:** Kompensasjon for fastleger i karantene og isolasjon

Viser til møte i Samarbeidsutvalget 30.03.2020 (Samarbeidsutvalg i.h.t. rammeavtale ASA 4310 mellom KS og Den norske lægeforening).

I dette møtet drøftet vi blant annet corona-pandemien og tiltak og planer som er iverksatt i Nordreisa kommune.

Kommunedirektøren er meget tilfreds med det arbeide kommuneoverlegen og de øvrige leger har utført så langt som følge av pandemien.

Hovedtillitsvalgt dr. Wivi Vikebø og kommunelege Sanju Singh (Den norske lægeforening) har i brev datert 26.03.2020 (brevet er feildatert 26.03.10) fremmet en del krav ovenfor Nordreisa kommune. Disse kravene vil bli drøftet nærmere med de tillitsvalgte legene i allerede avtalt møte 03.04.2020.

I brevet datert 26.03.2020 kommenteres også kompensasjonsordningen for fastleger i karantene og isolasjon. **Kommunedirektøren kan herved bekrefte at Nordreisa kommune vil følge KS sine anbefalinger i saken, som sier følgende:**

«For fastleger som må i karantene og isolasjon som følge av arbeid for kommunen, anbefaler KS at de får en kompensasjon på kr 9752 per dag. Kompensasjonen utbetales i inntil 16 dager fra karantenen eller isolasjonen ble iverksatt. Eventuelle inntekter for arbeid som kan utføres i karantenetiden kommer til fradrag. Fastlege bør forplikte seg til å legge fram nødvendig dokumentasjon av inntekter, herunder trygderefusjoner, egenandeler og leieinntekter fra vikar.»

Dette gjelder næringsdrivende fastleger som må i karantene eller isolasjon som følge av legearbeid utført for kommunen. Denne satsen utbetales per virkedag legen er forhindret fra å utføre sitt virke i sin kurative praksis.



Som anført i brevet fra legene datert 26.03.2020 vil denne kompensasjonen beregnes forholdsmessig da legene i Nordreisa også har kommunale stillinger.

Dette som foreløpig bekreftelse, jfr. drøftelsene i møtet i samarbeidsutvalget 30.03.2020.

Mvh  
Jan-Hugo Sørensen  
kommunedirektør

telefon nr. 91300046  
[www.nordreisa.kommune.no](http://www.nordreisa.kommune.no)



---

KS  
mener

Prosjekter og  
verktøy

Hovedtariffavtalen

Norge  
i tall

Informasjon om  
koronasituasjonen

---

Hjem

Informasjon om  
koronasituasjonen

Koronaviruset:  
Arbeidsgiver

Kompensasjon for fastleger i  
karantene og isolasjon

# Kompensasjon for fastleger i karantene og isolasjon

Oppdatert 18. mars: Helse- og omsorgsdepartementet har gitt forsikringer om at staten vil dekke bortfall av inntekt for næringsdrivende fastleger som må i karantene eller isolasjon som følge av smittevernarbeid, eller annet arbeid som lege for kommunen.



*Helse- og omsorgsdepartementet har gitt forsikringer om at staten vil dekke bortfall av inntekt for næringsdrivende fastleger som må i karantene eller isolasjon som følge av smittevernarbeid, eller annet arbeid som lege for kommunen.*

*Foto: Mostphotos*

Kommunen vil få kompensert utgifter i forbindelse med dette i etterkant. KS har forsøkt å få på plass en nasjonal kompensasjonsordning for fastleger, men det har dessverre ikke vært mulig for KS å få nærmere avklaring fra departementet om dette. Det er viktig at kommunene fører en oversikt over disse utgiftene, for å forenkle et oppgjør i etterkant.

For å roe forholdene og trygge fastlegene har mange kommuner inngått avtale om inntektskompensasjon for leger i karantene. Ut fra kjennskap til disse avtalene og signaler fra staten, anbefaler KS at fastleger i karantene og isolasjon gis en inntektskompensasjon på kr 9752,- per dag. Dette gjelder næringsdrivende fastleger som må i karantene eller isolasjon som følge av legearbeid utført for kommunen. Denne satsen utbetales per virkedag legen er forhindret fra å utføre sitt virke i sin kurative praksis. Kompensasjonen bør utbetales i inntil 16 dager fra karantenen eller isolasjonen ble innført.

Fastleger i karantene kan utføre noe arbeid hjemmefra som dekkes av takster. Dette gjelder for eksempel konsultasjoner og telefonkonsultasjoner. Etter en

gjelder for eksempel e-konsultasjoner og telefonkonsultasjoner. Etter en

forskriftsendring 16. mars 2020 er det gitt rom for utvidet takstbruk. Det bør derfor vurderes å foreta en avkortning i eventuelt inntektsgivende arbeid i karanteneperioden.

Helsedirektoratet har gitt informasjon om endringene i takstene. Les mer om det her.

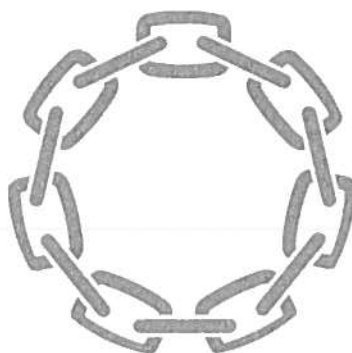
KS håper en slik kompensasjonsordning vil legge til rette for godt samarbeid mellom kommunen og dens fastleger i den krevende tiden kommunene står overfor.

---

Del: • • • •

Tema: Folkehelse

## KONTAKT



Medlemsservice

medlemsservice@ks.no

24 13 64 00

## Kontakt oss

**Besøksadresse:**

Haakon VIIIs gt. 9, 0161 Oslo

**Postadresse:**

Pb. 1378 Vika, 0114 Oslo

Org. nr. 971 032 146

**Sentralbord:**

24 13 26 00

Send e-post

## Medlemsservice

**KS Medlemsservice for arbeidsgiverspørsmål**

24 13 64 00

Send e-post

[Finn ansatt](#)

## Presse

**Pressekontakter**

**Pressetelefon:** 24 13 26 01

Send e-post

**Liv Merete Wiker**

Kommunikasjonsdirektør

**Sissel Ambjør**

Redaktør

## Snarveier

[KS på sosiale medier](#)

[Nyhetsvarsling fra KS](#)

[Abonnere på KS' nyhetsbrev](#)

[Ledige stillinger i KS](#)

[KS' personvernerklæring](#)

[KS Læring](#)

[FoU-databasen](#)





**DEN NORSKE  
LEGEFORENING**

Møte i Samarbeidsutvalg  
leger 30.03.2020

Legekantoret i Nordreisa  
Hovedtillitsvalgt Dr. Wivi Vikebø  
Kommunelege Sanju Singh

Storslett 26.03.10  
Unntatt offentlighet

Til Sektorleder helse & omsorg Rickard Printz

Alle er godt kjent med koronapandemien som nå pågår. Her i Nordreisa kommune er fastlegene nå i frontlinjen i denne pandemien. Vi må håndtere de fleste pasientene med smitte, og vi utsettes i størst grad for smitterisiko og medfølgende sykdom. Mens våre kollegaer i det offentlige helsevesenet har trygge rammer hva angår smittevern og økonomi, så står fastlegene i stor grad alene i frontlinjen som en «akseptabel kollateral skadelidende ressurs».

Strengt krav fra sentrale myndigheter og kommunal kriseplan har gjort at dagens legetjeneste er helt forandret og annerledes nå under pandemien. Legeforeningen har nå derfor oppfordret fastleger til å lage avtaler med sine respektive kommuner. Privat drift er stort sett ikke mulig – øket administrative oppgaver, møter, planlegging, medarbeiderveiledning og ikke minst stenging av legekantor. Største delen av inntektsgrunnlaget for oss fastlege i Nordreisa kommune er fra vår selvstendig næringsdrivende fastlegepraksis.

Vi ønsker med dette å finne en kompensasjonsløsning som flere kommuner allerede har fått på plass med sine fastleger. På grunn av kommunens vedtak om stenging av legekantor for ordinær drift av smittevernhensyn, er det ikke lenger pasienter på kontoret som genererer egenandeler og prosedyretakster. Dette gir oss fastleger i Nordreisa et stort økonomisk tap.

✓ Det har allerede kommet på plass en kompensasjonsordning hvis vi fastleger skulle ende i karantene eller få sykdom under denne pandemien. Fastleger i Nordreisa som må i karantene eller isolasjon skal bli gitt en utgift- og inntektskompensasjon lik Allmennlegeforeningens praksiskompensasjon (p.t. 9752 kr), men halvert sats: p.t 4876 kr, da vi også har kommunale stillinger. Denne satsen utbetales per virkedag legen er forhindret fra å utføre sitt virke i sin kurative praksis. Kompensasjonen skal utbetales i inntil 16 dager fra karantenen eller isolasjonen ble innført. Denne ordningen er lik som i de fleste andre kommuner inkludert Oslo kommune og Skjervøy kommune.

Fastlegene i Nordreisa er selvstendig næringsdrivende utenom Dr. Øyvind Roarsen som har fastlønn fra kommunen samt får utbetalt 60% av egenandeler/Refusjoner fra Helfo.

Dvs at vi øvrige fastleger betaler husleie til kommunen for drift av legekantoret. Når legekantoret nå har blitt stengt av vedtak fra kommunen for ordinær drift, har vi nå en utelukkende legevakt og beredskapsfunksjon. Dette er et rent kommunalt ansvar å drifte. Det er da naturlig at vi fastleger ikke betaler husleie så lenge det er unntakstilstand, og man ikke gjenoppretter ordinær drift på legekantoret. Skjervøy Kommune har allerede

avtale på plass med sine fastleger at husleia uteblir så lenge det er unntakstilstand, og vi forventer det samme.

Av smittevern hensyn er det bestemt at samtlige leger skal jobber i «teams» av smittevern hensyn, for å ikke bli eksponert for smitte samtidig og slikt sett medføre at flere leger faller i kategorien nærkontakter. Dette vil medføre at potensielt flere leger havner i karantene/isolasjon og vil medføre en stor fare for legeberedskapen i Nordreisa. Derfor jobber 3 leger annenhver dag dvs 2,5 dager/uke.

Oppsummert medfører stengningen av legekontor økonomisk tap for legene i kommunen, hvor vi samtidig står i frontlinjen av denne pandemien.

Vi har derfor følgende krav til kompensasjon, lik de avtaler som flere kommuner i Norge allerede har fått på plass:

- Ingen husleie så lenge legekantoret er stengt for ordinær drift under pandemien, med tilbakevirkende kraft fra 16.03.20. Dette er allerede diskutert med kommuneoverlege og helse og omsorgsleder.
- Halv-praksiskompensasjon 2,5 dager per uke, p.t/kr 4876/dag så lenge legekantoret er stengt for ordinær drift under pandemien. Med tilbakevirkende kraft fra 16.03.20.
- For kommuneoverlege Øyvind Roarsen som har fastlønnsavtale bes det om at det utbetales 60% av 2,5 dags halv-praksiskompensasjon per uke, dvs kr 2926/dag for inntektstap av egenandeler/refusjoner. Med tilbakevirkende kraft fra 16.03.20.

Dette vil gi kompensasjon for fastlegenes tapte inntekter som ligger på ca kr 50 000 kr/mnd i gjennomsnitt, regnet ut i fra inntektstap siden 16 mars. Og kompensasjon for merarbeid mtp beredskapsarbeid, administrative oppgaver, møter som følge av pandemien.

- Da både påskeferie nå utgår og medfører at leger må jobbe med beredskapsarbeid samt at normal sommerferie sansynligvis også utgår, ber vi om 2 måneder «Nord-Troms permisjon». Da alle leger har måtte avlyse ferier, men også kurs fremover på ubestemt tid.
- Det er økte krav til faglig oppdatering på smittevernregler, testrutiner, stadige oppdateringer fra FHI og allmennlegenes innsatsgruppe Covid-19 både på kveldstid og helger.
- Viser til regjeringens prioriteringsveileder for Corona, hvor kommunene får større ansvar for alvorlig syke. Dette vil medføre en mye større belastning på legene i kommunen.

Vi ser frem til konstruktivt møte på mandag i samarbeidsutvalget.

Mvh

Wivi Vikebø og Sanju Singh

✓  
Kr 9752,- = 2 \* Kr 4876,-  
KS-avtale  
12/190



Mars 2020

Journalføres

### **Anbefaling om økonomiske vilkår for leger under koronapandemien**

KS anbefaler kommunen å inngå midlertidige arbeidsavtaler med leger på luftveisklinikker som etableres i forbindelse med koronapandemien.

#### **Lønns- og arbeidsvilkår for oppfølging av pasienter med luftveissymptomer**

KS anbefaler at kommunen inngår midlertidige arbeidsavtaler med legene. En ansettelse vil gi legen rettigheter etter hovedtariffavtalen, herunder yrkesskadeforsikring, på lik linje med andre kommunalt ansatte.

Lønn fastsettes etter hovedtariffavtalen kapittel 5. Kommunen beholder trygderefusjoner og egenandeler. Staten har åpnet opp for utvidede takstmuligheter, blant annet for arbeid etter klokken 16. Les mer på helsedirektoratet.no:  
<https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/det-blir-enklere-for-fastleger-a-gjore-telefon-og-e-konsultasjoner-med-utvidete-takster-fra-16.mars>

Arbeidsavtalene inngås i samsvar med arbeidsmiljølovens bestemmelser, og med grunnlag i § 14-9 (2), bokstav a), arbeid av midlertidig karakter. Utløpsdato for avtalene bør ikke settes for langt fram i tid. Samtidig kan det vurderes å ta inn en klausul om at arbeidet opphører før utløpsdato dersom tiltakene som begrunner ansettelsen opphører. For øvrig bør det fortløpende vurderes om det er behov for forlengelse.

Oslo kommune har inngått avtale med Legeforeningen om lønn for deltakelse i luftveisklinikker. Spesialister skal ha en årslønn på kr 953.900 og ikke-spesialister en lønn på kr 882.200. Praksiskompensasjon utbetales med kr 230 per time, og tilsvarer omtrent omregnet timesats for praksiskompensasjon etter SFS 2305 pkt. 4.1. Dette er en utgiftkompensasjon for fravær fra egen praksis som følge av arbeid på luftveisklinikken.

Etter fastlegenes ønske kan det inngås oppdragsavtaler. Som næringsdrivende er legen ansvarlig for å ha nødvendige forsikringer. KS anbefaler et honorar på kr 880 per time, tilsvarende honorarsatsen i ASA 4310 pkt. 12.5. Praksiskompensasjon utbetales ikke. Kommunen beholder trygderefusjoner og egenandeler. Legen beholder basistilskuddet. Dette er i samsvar med avtalen Oslo kommune har inngått med Legeforeningen. Oslo kommune gir et 40 % tillegg for arbeid etter kl. 16.

Dersom legen har tiltrådt arbeidet ved luftveisklinikken før arbeidsavtalen eller oppdragsavtalen er undertegnet, får avtalen tilbakevirkende kraft fra tiltredelsestidspunktet. Dette innebærer at legene kan starte arbeidet ved klinikkene snarest og før individuelle avtaler er formelt inngått. Dette gjelder også leger som er pålagt arbeid ved klinikkene.

Se lenke til avtalene mellom Oslo kommune og Legeforeningen nederst i artikkelen.

#### **Karantene eller isolasjon**

For fastleger som må i karantene eller isolasjon som følge av arbeid for kommunen, anbefaler KS at de får en kompensasjon på kr 9752 per dag. Kompensasjonen utbetales i inntil 16 dager fra karantenen eller isolasjonen blir iverksatt. Eventuelle inntekter for arbeid som kan utføres i karantenetiden kommer til fradrag. Fastlegen bør forplikte seg til å legge fram nødvendig dokumentasjon av inntekter, herunder trygderefusjoner, egenandeler og leieinntekter fra vikar.